

**BRINDE LEON**

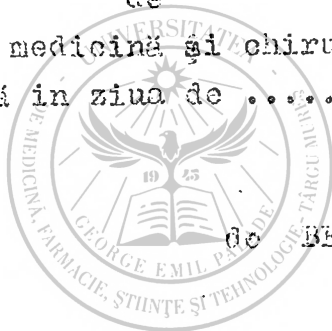
147

TUMORI BENIGNE IN GINECOLOGIE.

T E Z A

de

Doctorat in medicina și chirurgie, prezentată  
și susținută in ziua de ..... 1940



de BERINDE LEON

44591

24 MAY 2005

F A C U L T A T E A D E M E D I C I N A

D E C A N : Prof.Dr. PAPILIAN

PROFESORI :

Anatomia umană.....	Prof.Dr.	V.Papilian
Chimie generală medicală.....	" "	Secăreanu St.
Chimie biologică.....	" "	Manta I.
Istologie și embriologie .....	" "	Drăgoiu I.
Fiziologie și fizică medicală..	" "	Benetato Gr.
Anatomia patologică .....	" "	Vasiliu T.
Bacteriologie .....	" "	Baroni V.
Patologie generală și experim..	" "	Botez M.
Igienă și medicină preventivă..	" "	Moldovan I.
Clinica medicală I.....	" "	Hațieganu I.
Clinica medicală II/semiologie/	" "	Goia I.
Clinica chirurgicală /semiologie, med. oper /.....	" "	Pop A.
Clinica chir. și boalele căilor urinare.....	" "	Teposu E.
Clinica ginecologică și obstetr.	" "	Grigoriu C.
Clinica dermatologică și sifili- grafică .....	" "	Tătaru C.
Clinica infantilă și puericultura"	" "	Popoviciu D.
Clinica neurologică și endocri- nologia .....	" "	Minea I.
Clinica psihiatrică.....	" "	Urechea C.
Clinica oftalmologică .....	" "	Michail D.
Clinica <del>xxx</del> balneologică și di- etetică.....	" "	Sturza M.
Clinica oto-rino-laringologică..	" "	Buzoianu Gh.
Clinica stomatologică .....	" "	Aleman I.
Medicina legală .....	" "	Kernbach M.
Radiologia medicală .....	" "	Negru D.
Istoria medicinei.....	" "	Bologa V.
Farmacologie / supl /.....	" "	Baroni V.
Igienă și medicină preventivă..."	" "	
/ generală /.....Agr."		Zolog M.
Clinica boalelor contagioase. confu		Gavrilă I.

J I U R I U L D E S U S T I N E R E .

Președintele Prof. Dr. Cr. Grigoriu

Prof. Dr. Papilian V.

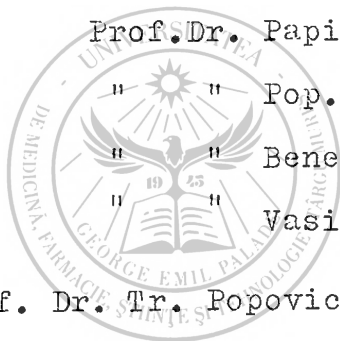
Membrii

" " Pop. Alex.

" " Benetato. Gr.

" " Vasiliu Titu.

Suplent : Conf. Dr. Tr. Popoviciu.



## TUMORI BENIGHE IN GINECOLOGIE.

Definiție. Tumorile sunt neoformații produse de cauze mai mult sau mai puțin cunoscute în care rolul principal îl joacă proliferarea excesivă celulară ce duce la un plus de țesut.

Se numesc tumori maligne sau cancere neoformațiile care din punct de vedere morfologic sunt greu delimitabile, cu caractere nete de proliferare~~ne~~ excesivă și desordonată, cu evoluție rapidă, distructivă și invadantă. Microscopic prezintă celule cu citoplasma bazofilă cu nucleu mare neregulat, bogat în cromatină, cu atipii celulare frecvente. După distrucția prin agenți fizici sau de altă natură precum și prin ablație dau recidive și metastaze frecvente.

Tumorile benigne sunt proliferațiuni în general bine delimitabile, uneori încapsulate cu evoluție lentă. Sunt formate din celule identice sau asemănătoare celor din țesutul din care pornesc, fără atipii celulare. Nu recidivează și nu dau metastaze. Singurul caracter anormal fiind excesul de țesut.

Uneori aceste caractere sunt mai puțin diferite și avem grupa tumorilor de natură mai puțin precizată.

În ginecologie, tumorile benigne își au originea din țesutul epitelial : glandular sau de involuș, conjunctiv și embrionar.

Vom prefera tratarea tumorilor pe organe fiind un punct de vedere mai practic atât clinic cât și terapeutic.



### Tumorile benigne ale vulvei.

Tumorile benigne ale vulvei se pot împărți în tumori lichide și solide. Cele mai frecvente dintre tumorile lichide sunt chistele de retenție ale glandei lui Bartholini.

### Chistul glandei lui Bartholini.

Descris de Huguier în 1850 se prezintă ca o formațiune de diverse mărimi situată între vagin și brațul ascendent al ischiomului la nivelul labiilor mari. Survine mai frecvent între 18-45 ani, la nivelul glandei stângi.

În etiologie găsim diverse inflamațiuni mai ales cea gonococică, precum și cicatricile post partum cari obliterând canalul excretor, produc non retenția conținutului glandei.

Apare ca o deformațiune ovalară, ridicând labiile mici și partea inferioară a labiilor mari, de consistență elastică, nedurcuroasă, cu tegumentele neinteresate.

Prin dimensiunea lui poate jena micțiunea și coitul. Când suferă infecție, simptomatologia se complică cu

semnele supurației.

Diagnosticul se bazează pe evoluție, sediul și formă.

Tratamentul este chirurgical. În anestezie locală se incizează și extirpă chistul evitând să-l deschide și asigurând o hemostază bună.

De o frecvență mai rară sunt : chistul dermoid și chistele sebacee ale labiilor mari.

Dintre tumorile solide se remarcă în primul rând :

Papilomele vulvare / condilome acuminete, vegetatii, creastă de cocoș/.

Papilomele vulvare sunt nește excrescențe papilare care prin volumul și numărul lor uneori iau aspect conopidiform, situate la nivelul vulvei, perineului și uneori chiar în jurul anasului. Baza de implantare este moale. Sunt de culoare roză și pediculate.

Ca etiologie se incriminează diferiți agenți mecanici : iritații locale, inflamațiile : gonoreea, leucoreea exema, sarcina deranjată, iar în a celor simple /condilome veneriene, condilome acuminete/ se dă ca probabil agenți infecțioși specifici o spirochetă sau un virus filtrant.



Din punct de vedere anatomo-patologic sunt proliferăriuni a involușului pavimentos, mai ales a stratului mucos Malpighian pe o axă de natură conjunctivă. hiperacantoza dominantă.

Se prezintă ca o neoformațiune dermică formată din exorescențe burjeonate, cu suprafața mamelonată, situate în jurul orificiului vulvar, uneori ușor hemoragice.

Când sunt abundente avem și o scurgere sero-sanghinolentă fetidă.

Diagnosticuldiferențial se face cu condiloamele sifilitice. /Condiloame late /.

Tratamentul în cazul condiloamelor singurate este badijonaj cu soluții caustice : acid chromic 5 gr, apă distilată 25 gr, Ds.ext.badijonaj,

și spălături antiseptice. Dacă sunt abundente, le extirpăm prin chiuretaj sau termocauterizare.

#### Polipul meatului urinar.

Se prezintă ca o formațiune tumorală unică sau multipă ce apare în urma diferitelor inflama-

națiuni, în special gonoreea, la nivelul meatusului urinar. Este pediculată, de natură glandulară, vasculară sau papilară, după natura elementelor mucoasei uretrei care proliferază la acest nivel.

Se manifestă prin usturimi, dureri, hemoragie iar în cazul când volumul lor devine mai mare, prin turburări în micțiune sau chiar retenție urinară.

Tratamentul constă în extirpare pe cale chirurgicală.

Mai putem întâlni fibroame, fibromioame, mai ales la nivelul labiilor mari, precum și molluscum contagiosum de o importanță mai redusă.

Destul de frecvent întâlnim elefantiaza noastră vulvară. Ea se datorește unor procese cronice ce duc la obstrucția și sclerozarea vaselor limfatice, mai ales prin erizipelul repetat. Se manifestă prin creșterea volumului labiilor, uneori ajungând de un volum considerabil, de consistență moale, cu tendință spre pediculare, ulceratie și infecție.

Tratamentul constă în extirparea

părșilor hipertrofice.

### TUMORILE BENIGNE ALE VAGINULUI.

CHISTELE VAGINALE. Sunt formațiuni pediculate sau sesile, rezultate prin diferite mecanisme care în general se descopăr la un examen ocazional.

Etiologia lor se explică în diferite teorii : glandulară, din tubii aberanți ai vulvei sau colului uterin sau congenitală Mülleriană și Wolfiană.

Teoria glandulară explică originea lor din canalul utero-vaginal al lui Leukart, care în treimea superioară este tapetat de epiteliu pavimentuos dând naștere uterului, iar în treimea inferioară dă naștere muii cordon din care se pot izola și include în pereții mușculo-conjunctiv al vaginului muguri epiteliali. Acești muguri prin proliferațiune ulterioară pot da naștere chistelor.

Azi se admite în însă mai mult teoria Wolfiană. Canalul Wolf dispărând în mod normal, poate da naștere la chiste prin eventualele resturi ce ar persista.

Teoriile vechi admiteau ca etiologie revărsă

sări traumatice de serozitate, ectazie limfatică sau incluziunile traumatice și operatorii de epitelii.

Ele prezintă din punct de vedere anatomo-patologic un perete format dintr'un strat extern de țesut conjunctiv fibrilar cu fibre elastice, fibre musculare netede și țesut adenoid și un strat intern cu celule epiteliale pavimentoase, cubice și cilindrice, uneori ~~puțin~~ cu cili vibrativi.

Conținutul lor este format dintr'un lichid vâscos, filant, opalescent. Simptomatologia este variată în raport cu sediul și volumul lor.

De cele mai multe ori sunt mici și nu dau nici un semn, descoperindu-se numai ocazional. Când ele sunt voluminoase produc turburări în micțiune, retenție urinară, infecție urinară, genă la coit, distocii la naștere.

Diagnosticul diferențial în chieștele inferioare se face cu uretrocelul, cistocelul și rectocelul, de cari le deosebim prin sondaj și examen combinat vaginal și rectal. De tumorile solide se deosebesc

prin consistență și punctie. Chistele subț  
sitate se pot confunda cu tumorile Pelviane  
care însă nu urmează vaginal la tracțiune.

Fibromul vaginal. Este o tumoră rar întâl-  
nită. Survine între 30-45 ani și la fetițele tine-  
re. Volumul este diferit.

Se manifestă prin dureri însoțite de hemo-  
ragie și turburări în micțiune : disurie, incontinen-  
ță urinară etc.

El se poate sfacela ulcera sau degenera.

Diagnosticul se bazează pe consistența dură  
ireductibilitatea și lipsa fluctuenței. Se diferențiază  
de prolapsul uterin, din versiunea uterină  
și polipul uterin.

Tratamentul acestor tumori este chirurgical.  
In caz când sunt pediculate se face ablația iar in  
caz de tumori sesile enucleația. Se va evita punc-  
țiunea și exciziile parțiale cu cauterizare produn-  
dă, ele fiind intervențiuni paliative. In tumorile  
sus situate se intervine pe cale abdominală.

Tumorile benigne ale uterului.

Fibromul uterin.

Este cea mai frecventă tumoră benignă în ginecologie, reprezentând 10 % din afecțiunile ginecologice.

Aoare mai frecvent între 30-45 ani, nelipsind la nici o vârstă.

Etiologia nu e încă definită.

Frecvența mai mare la virgine, la nulipare în vârstă face să se creadă că sterilitatea ar favoriza apariția lui. Recensens neagă existența legăturii între fibrom și sterilitate iar P. Broothe zice că sterilitatea ar fi rezultatul fibromului.

Se mai incriminează : o diateză neoartritică, dispozițiile anormale ale uterului și infecțiile post partum precum și diferitele infecții : sifilis, paludism, febră tifoidă etc.

Unii susțin că s'ar desvolta din țesutul embrionar inclavat între în uter sau din țesutul conjunctiv și muscular al vaselor uterine.

Uneori și hereditatea are rol.

Mai frecvent întâlnim turburările endocrine ale ovarelor ceea ce explică frecvența mai mare în epoca climacteriului. Putem întâlni și măritrea glandei tiroide, mai ales la vârsta de 35 ani. Ablazia fibromului ar produce regresivitatea gūșii.

Anatomo-patologic se prezintă ca noduli singuratici sau multipli de mărime variabilă, putând ajunge până la greutatea de mai multe kilograme. Hockard și Hunter au descris un caz de 70 Kgr. Uneori prezintă și mase pediculate.

Consistența este dură prin degenerare putând deveni moale sau chiar fluctuantă. Frecvent se poate infiltra cu calcar.

La secțiune se prezintă format din straturi concentrice, de culoare roz-sădău și îngonjurat cu o capsulă conjunctivă elastică.

Histologic prezintă două elemente fundamentale : fibre musculare netede și țesut fibros conjunctiv, elemente cari dau consistența și natura lui.

Când predomină fibrele musculare avem miomul,

avem miomul. Când elementele conjunctive, fibromul iar când ambele elemente sunt în părți egale, avem fibro-miomul.

Tesutul fibros conjunctiv este format de o cantitate de fibro-blaști mai mare ca în țesutul normal, pe lângă fibro-blaști având și fibre colagene. Între cele două elemente avem masa fundamentală, formată de serozitate.

În unele cazuri avem multe elemente celulare și mai puține fibre, constituind fibro-sarcomul, când tendința de malignizare e mai greu de precizat și caracterul mai invadant.

Alteori între fasciculele conjunctive avem tubi glandulari cu caracter de glande uterine, formând adenomiomul / sau adenofibromul/.

După legătura ce o prezintă cu peretele uterin se disting următoarele forme :

1.- Uterul fibromatos sau degenerescența fibromatoasă / Pozzi / când uterul e plin de noduli fibroși.

2.-Fibromul interstițial /intramural/ când hiper-



trofia se limitează la grosimea peretelui uterin ea putând fi localizată la nivelul fundului, colului sau porțiunii supravaginale uterine, putând fi anterioară, posterioară, laterală sau intraligamentară.

3.- Fibromul subperitoneal/subseros/ se dezvoltă sub seroasa peritoneală, menținându-se de uter printr'o bază largă sau printr'un mic pedicul-fibromul subseros pedicular.

4.- Fibromul submucos este situat în cavitatea uterină, plecând de la nivelul submucoasei. El deformează și obstruiază cavitatea uterină.

5.- Polipul intracavitar, când hipertrofia aderă de uter numai printr'un mic pedicul de lungime variabilă. Prin contracțiunea uterină poate ajunge până în vagin, dilatând colul.

6.- Fibromul intraligamental, când hipertrofia se limitează la ligamentele largi.

Simptomatologia este în raport cu volumul, sediul și forma fibromului.

Fibroamele de volum redus în general nu/se manifestă prin nici un simptom și examenul fizic

Diagnosticul îl punem la un examen întâmplător.

Simptomele se pot împărți în funcționale și fizice.

Între semnele funcționale primul loc îl ocupă hemoragiile, ce sunt de tip menoragic și metoragic. Hemoragia uneori apare înaintea formațiunii tumorale. Menoragia apare frecvent tot la trei săptămâni în interval având leucorree cu caracter de hidrorree prin endometrita concomitentă fibromului. Uneori ia caracterul unei adevărate hemoragii grave cu anemie consecutivă. Caracterul hemoragic este foarte exprimat în fibromul submucoas și polipii fibromatoși.

Durerea în general lipsește, ea apărând mai ales în fibromul complicat : fibrom degenerat canceros, compresiune nervoasă etc. În unele cazuri, durerea apare în bazinul mic cu irradiațiuni în lombe și apariție premenstruală dispărând la apariția hemoragiei când regiunea pelviană este în congestie. Durerea prezentă este un indiciu de fibrom complicat și indică în același timp necesitatea intervenției.

Dintre semnele fizice caracteristic este prezența unei tumori dure, cu unul sau mai mulți noduli intimi legate de uter.

De cele mai multe ori însă simptomatologia este mai complicată prin intervenția semnelor organelor jenate în funcțiunea lor.

Astfel frecvent întâlnim turburări ale aparatului urinar: Cistalgii, pielite, pielonefrite; ale rectului constipație; sciatică bilaterală; edeme inferioare și varice. Prin anemia ce o produc hemoragiile avem suflu sistolic, palpitații, inima mărită etc.

Diagnosticul diferențial se face cu sarcina, avort, cancer, uterin, polipi uterini, piosalpinx, tumori anexiale, hematocel etc. Afecțiuni cari au semnele lor caracteristice.

Evoluția fibromului uterin este variată. Uneori rămâne staționar sau chiar regresează, mai ales după naștere și în menopauză. De cele mai multe ori însă evoluează treptat. Hemoragiile devin mai accentuate și turburările de vecinătate precum și complicațiile apar.

Complicațiile mai frecvente sunt: infecțiile

urinare ascendente, turburări de compresiune, torsiune, necroză și gangrenă. Mai rar degenerescenta canceroasă.

Prognosticul în cazurile necomplicate în general e bun. În cele complicate intervenția devine necesară. O problemă mai discutată și de o importanță deosebită este coexistența fibromului cu sarcina.

Sarcina coexistând cu fibromul uterin, este destul de rară, căci el constituie un obstacol în fecundațiune nu numai prin deformațiile și deviațiile uterine ci și prin compresiunea trompelor și metroragiile ce le produce. De altă parte sterilitatea e frecvent asociată. După Pinard în 7/oo, Tröbell în 42/oo, Schauta în 7/oo a cazurilor. Hofmeier găsește la 946 cazuri în 54 de cazuri, prof. Tănăsescu la 687 de cazuri în 32 cazuri. În clinica ginecologică și obstetricală din Cluj în ultimii zece ani la 327 cazuri au survenit în 5 cazuri sarcină.

Sarcina e mai frecventă la primii parele în vârstă /Chrobach/. După războiu se remarcă creșterea coexistenței cazurilor.

Fibromele cele mai jenante sunt cele submucoase, îngreunând nidațiunea oului și producând mai târziu expulzarea prematură. Fibronul subperitoneal și interstițial este periculos prin deviațiile uterine ce le produce, turburând mersul sarcinei și producând frecvent distocii în parturiție. În general sunt mai periculoase fibroamele colului uterin. Cele mai favorabile fibroame sunt cele anterioare ale corpului și fundului uterin. Fibromul devine periculos în sarcină prin modificările pe care le poate suferi precum și prin complicațiile produse asupra dezvoltării oului și uterului.

În primele luni ale sarcinei avem frecvent hipertrofia fibronului. Mai ales a celui situat în regiuni bogat vascularizate și cu componenta musculară mai abundentă.

Cu evoluția sarcinei se observă uneori ramolirea fibronului prin infiltrarea edematoasă și degenerescența muco-coloidală, ajungând uneori la formarea de adevărate chiste. Această transformare se observă în special în fibroamele interstițiale. Se manifestă prin creșterea rapidă în volum a uterului, prin scăderea consistenței ajungând uneori la aceeași consistență ca și uterul, pre-

cum și dureri de pelvis, hemoragie, temperatură ușoară, compresiuni, disurie, albuminurie etc.

Mai frecvent avem torsiunea tumorii. Aceasta se produce prin greutatea tumorii ajutată de presiunea anei sigmoide în stare de constipație, datorită compresiunii. Torsiunea poate fi simplă când se produce numai la nivelul pediculului și survine în 17 % a cazurilor. Ea este complexă când se asociază și cu torsiunea uterului. Consecința torsiunii va fi: hemoragia, ramolirea și supurația.

Uneori prin turburările ischemice din rețeaua arterială avem necroza aseptică. Ea se caracterizează prin prezența unor formațiuni chistice pline cu un puroiu care totdeauna este amicrobian.

După Lefour în 12 %, după Tröell în 13 % a cazurilor avem avort, mai rar sunt sarcini ectopice. Frecvent avem retro-și lateroversiunea prin greutatea tumorii.

În luna 3-a găsim frecvent decolarea oului cu hemoragie abondantă, precum și inserția joasă a placentei cu hemoragii repetate. Inserția joasă a placentei este

este favorizată endometrita concomitentă frecvent întâlnită în fibrom. Mai des se întâlnește placenta praevie.

Nu prea rar se poate întâlni placenta difuză stelată, placenta subțire cu vilozități ce trec în musculatura uterină de unde aderențe anormale.

În ce privește prezentațiile, ele sunt frecvent vicioase prin deformarea cavității uterine și inserția joasă a placentei. După Lefour : 5% sunt craniane, 32 % pelviene și 17 % transverse.

În timpul nașterii putem avea: rupturi precoce a membranelor, procidenta cordonului, rupturi uterine, mai ales a segmentului inferior uterin, a polipilor, interție uterină prin epuizarea contracțiilor, obstacol în expulzarea fătului și hemoragii grave prin deslipirea incompletă a placentei. Când placenta e puternic aderentă, putem avea inversiunea uterină totală sau parțială.

După naștere se observă uneori regresiunea fibromului prin tulburările de nutriție ce survin. Murray explică regresiunea prin acțiunea hemolitică a lipozilor. Blande și P. Broothe crede că regresiunea a

mai puțin probabilă. În fine putem găsi gangrenarea septică și necroza cu fenomene de infecție putându-se elimina lambouri sau mase întregi sfacelate.

Timpu post-partum, dacă nașterea a fost ușoară și fără complicațiuni, este aperiic.

Ne vom gândi la coexistența fibromului cu sarcina când uterul se hipertrofiază rapid fără a fi însă un semn sigur. La diagnostic ne ajută modificările glandei mai mare a organelor genitale, oprirea menstruației și mai ales reacția de sarcină. În a doua perioadă a gestației ne putem folosi și de radiografia și radiosopia.

Prognosticul în sarcină e bun. El devine grav prin asocierea fenomenelor de compresiune de degenerescență, torsionare, ruptura prematură cu infecție amniotică, hemoragii și infecții.

I În 60 % a cazurilor se mai constată coexistența fibromului cu afecțiuni ale anexelor : anexite, tumori ovarice ne chistice etc.

#### Tratamentul.

Se poate împărți în tratament medical, chirurgicale și fizioterapie : radio și radium- terapie.

Tratamentul medical este pur simptomatic, paliativ



el năreuşind a vindeca afecţiunea ci doar a opri dezvoltarea şi ameliora simptomele.

I n primul rând loc el combate hemoragia. I n acest scop se recomandă o mulţime de principii. Locul de căpetenie îl ocupă preparatele de secarra cornută: ergotina, ginergenul, etc. punctii, hidras tis; stipticina; calciu chlorat etc.

Weil recomandă ca tratament de urgenţă injecţiile ipodermice de ser de cal proaspăt în lipsă ser antidif-  
teric sau antitetanic. Cele mai eficace hemostatice azi sunt: coagulenul, claudenul şi manetholul. În cazurile disperate trans fuzia sanghină este salvatoare.

Insuficienţa ovariană se va combate cu preparatele de ovariană.

Jouin recomandă femeilor cu fibromi şi obeze opoterapia tiroidiană în doze foarte mici.

Cu acţiune şi asupra hemoragiilor se indică extractele hipofizare. Jayle în 1924, la congresul de chirurgie din Paris insistă asupra indicaţiei opoterapiei hipofizare în hemoragiile meno-şi metroradice din fibromul uteric.

Batuand și Pochon întrebunțează cu succes opoterapia mamară ce ar avea un efect descongestionat asupra uterului.

Tratamentul medical mai are de scop de a remonta bolnava anemiează și casectizată prin tonice generale roborante, regim bogat în calorii și cura hidrominerală cu ape cloruro-sodice.

Tratamentul chirurgical. În urma cristalizării metodelor de tratament în fibromul uterin prin cuceririle moderne tratamentul chirurgical rămâne cel de fond. El reprezintă 2/3 din totalitatea cazurilor.

Indicația superioară a intervenției chirurgicale e dată de posibilitatea complicațiilor precum și de turburările ce pot surveni în sarcină și naștere. Este necesar însă un diagnostic precis căci în unele forme dispunem de alte metode cu rezultate satisfăcătoare. Indicația intervenției este dată:

1.- După vârstă. La femeile tinere, pentru a evita sterilizarea prin fizioterapie cu apariția menopauzei, cu toate consecințele ei, se indică intervenția chirurgicală, care dă posibilitate în același timp

la o sarcină ulterioară. La femeile în vârstă unde bănuim un proces malign indicația este netă.

2.-După modificarea stării generale, indicăm intervenția când apar fenomene de compresiune, edeme, varice, turburări cardio-vasculare precum și starea generală gravă din cauza procesului fibromatos.

3.-După modificarea simptomelor indicăm intervenția când avem hemoragii grave și repetate ce indică un proces de malignizare; o leucoree abundentă fetidă indicând un proces de neoplasmie malignă; apariția durerii, fixarea fibromului, precum și modificările de consistență.

Se vorbește de o indicație de urgență care poate fi de tip abdominal dată de turburări de origine mecanică: torsiune, ileus, hemoragii cu ruptură etc. și de tip vaginal: polip acuat în vagin cu hemoragie și tendință de necroză.

În ce privește indicația intervenției în sarcină Faure consideră sarcina ca o complicație gravă și indică intervenția imediat ce diagnosticul e stabilit. Alții sunt pentru o expectație absolută și temporează până survin accidente serioase.

In general, tratamentul chirurgical este indicat fibroamelor de volum mare, neregulate, cu tendință spre ramificarea și de a comprima organele vecine. El poate fi radical. Tratamentul conservator se aplică fibroamelor puțin numeroase pediculate enucleabile și cu evoluție spre cavitatea abdominală./ Indicația anatomică/, nesuspecte de degenerare și fără leziuni asociate. Precum și la femeile tinere unde in viitor putem spera la o sarcină/indicația fiziologică/. Inconveniente sunt: recidivele frecvente, hemoragiile și complicațiile septice. Se execută miomectomia pe cale abdominală in fibromul corpului uterin și pe cale vaginală in cel al segmentului inferior uterin. Când miomectomia nu se poate executa și avem de-a face cu un fibrom al fundului uterin, se poate face histerectomia fundică parțială, care are avantajul că lasă o porțiune din mucoasa uterină și ovarele înălăturând astfel turburările de menopauză.

Polipectomia se execută in caz de fibrome pediculate prin simpla secționare sau zdrobirea polipului intra cavitatar.

Tratamentul medical este histerectomia. Ea se aplică fibroamelor de volum mare complicate și suspecte

de degenerescență canceroasă. Mortalitatea e de 5%.

Ea este singura metodă ce asigură o vindecare completă căci scoțând uterul evită posibilitatea recidivei și mai ales a degenerescenței.

Ca procedee avem fisterecția totală și subtotală.

Forge și Lavey sunt aderenți ai histerecției totale pentru a evita dezvoltarea interioară a unui cancer pe bontul vaginal. Clinica ginecologică și obstetricală din Cluj având în ultimii ani cinci cazuri de cancer dezvoltat după histerecție subtotală, indică mai frecvent histerecția totală.

L.L. Faure este aderent al histerecției subtotale considerând pe cea totală ca o intervenție mai gravă de lungă durată cu hemostază dificilă iar cancerul bontului vaginal ca o raritate.

Disrupțiunea a survenit în legătură cu conservarea ovarelor. Unii chirurghi mențin ovarele sănătoase la femeile tinere în mod sistematic, întrucât astfel se evită turburările menopauzei precoce chiar dacă funcțiunea menstruală este abolită. Moore extirpă ovarele când funcțiunea menstruală nu există.

Conduita clinice ginecologice și obstetricale din Cluj este de a extirpa ovarele căci s'a observat frecvent după histerectomie formarea de chisturi ovariene ce duce la noi intervenții.

Histerectomia totală cea mai executată este operația clasică. Mai rar se întrebuițează procedeul American sau al lui Faure. Se constă în evidarea completă a uterului și anexelor, parțiale a vaginului fără a extirpa nici parametrele și nici ganglionii hipogastrici.

Histerectomia subtotală sau amputați asupra vaginală se face extirpând uterul și anexele după ligatura ambelor artere spermatice și ligamentului rotund, lăsând pe loc porțiunea vaginală a canalului cervical. Precațiuni speciale vom lua la individele diabetice, făcând un tratament insulinic adecuat și controlând cât mai des după intervenție bolnava pentru a evita instalarea cidozei.

Tratamentul fuzioterapie: radioș i radiunterapia.

Dacă la început luase un avânt așa de mare, încât elimina aproape complet tratamentul chirurgical, nu mai puțin adevărat însă, în urma experiențelor ultimului

se limitează la anumite forme, care reprezintă cam o treime din totalul cazurilor.

Regresiunea tumorii ce uneori merge până la  $1/3$  din volumul inițial se explică prin sterilizarea ce o produce cu modificarea circulației tumorii. Există și o acțiune directă asupra tumorii căci s'a observat că uneori regresiunea apare înaintea modificării fluxului menstrual.

Tratamentul fizioterapic se indică în fibroamele rotunde de volum mijlociu, mobile, de consistență moale și cu caracter hemoragic. Cele mai sensibile fibroame sunt cele moi edematoase cu condiția să nu fie prea mari.

Fizioterapia este contraindicată la femeile tinere unde putem prevedea o sarcină dacă miomectomia este executabilă, în febră ușoară, crize dureroase.

Radioterapia se aplică fie sub forma de iradițiuni masive cu doza totală într'o singură ședință fie sub forma de iradițiuni cu doze fracționate și repetate de 10-15 zile.

Radiumterapia introdusă în ginecologie în 1909

de cheron acționează asupra fibromului prin celul destructiv al irradiațiilor în special asupra mucoasei și vaselor tumorii precum și prin acțiunea sterilizantă asupra ovarelor.

Regressiunea tumorii este în funcțiunea de grade de sensibilitate al celulelor. Sensibilitatea depinzând de activitatea reproducătoare a celulelor de lungimea Karrikinzei și de gradul de definitivare a morfologiei și funcțiunii celulelor.

Technica cea mai întrebunțată este Dominici, filtrându-se radiațiunile printr'un filtru de platină ce elimină razele alfa și beta.

In fibromul uterin se întrebunțează tuburi de radia<sup>m</sup> de 20mm. lungime ce conțin cam 13,13 radium element. Filtrul de platină este de 1 mm. grosime pentru a evita arsurile se învelește cu o foaie de aluminiu de 0,4 mm. și totul este introdus într'o sondă de gura. Astfel montat tubul, se introduce în cavitatea uterină dilatănd, dacă este necesar, canalul cervical.

#### Polipiul uterin.

Este o informație tumorală pediculată alea nivelul suprafeței interne a uterului, denaturată diferită.



Se distinde un polip fibros- fibromatos, polipul mucos și polipul placentar, care nu este altceva decât un rest de placentă modelat prin contracțiunile uterine. Nu se consideră ca polip formațiunile pediculate maligne. Din punct de vedere anatoma - patologic, polipul fibros de fibrom uterin.

Polipul mucos se prezintă ca mici tumori formate din hipertrofia diferitelor elemente ale mucoasei și țesutului conjunctiv submucos. Este ~~măsurat~~ de culoare roz sau violacee și consistență moale. Simptomatologia constă în hemoragii repetate și prelungite, hidroree, leucoree și uneori dureri mari prin colicile expulsive uterine. Polipii se pot infecta, necroza și degenera.

Tratamentul este chirurgical, extirpând polipul și chiuretând baza de inserție.

#### Adenomul uterin.

Este o tumoră ce ia naștere din aglomerarea glandelor mucoase ce sunt hipertrofiate și dilatate.

Ea poate fi limitată la o porțiune a mucoasei uterine, când avem adenomul pur sau să intereseze întreaga suprafață a mucoasei care poate ajunge grosimea de 4-5 cm.

constituind adenomul difuz. In simptomatologie domină hemoragiile abundente.

Tratamentul in forma localizată constă in extirparea pe cale operatorie iar in cea difuză raclajul mucoasei uterine.



TUMORILE BENIGNE ALE OVARULUI. Se impart in tumori fără proliferatie celulară, datorite unor retenții prin funcțiunea viciată a ovarului - chiste și in tumori de proliferatie sau tumori adevărate.

In grupa tumorilor fără proliferatie avem:

Chistul folicular.

Este o afecțiune des întâlnită care ia naștere din lipsa ruperii foliculului matur in care astfel se acumulează foliculina. El poate fi unic sau mai frecvent multiple ajungând uneori la dimensiuni considerabile. Uneori intreg ovarul este plin cu o mulțime de chiste mici când avem o adevărată degenerescență microchistică.

Ele sunt formate din o cavitate plină cu un lichid gălbui seros. La microscop prezintă un epiteliu cubico-cilindri care este o parte din granuloză.

Aceste chiste pot suferi torsioni, rupturi și infecții.

Tratamentul este chirurgical, radical metoda funcțiilor transabdominale este in ficace și periculoasă Extirparea se face pe cale abdominală prin laparatomie, înainte de extirparea evacuându-se conținutul cu un troaca

La femeile tinere se menține restul de ovar sănătos.

### Chistul lutenic.

Se întâlnește mai rar și este de dimensiuni mai mici. El rezultă din involuția corpului galben de menstruație sau de sarcină, conținutul fiind chocolatiu-sanghinolent. Peretele este învelit de un strat de celule luteinice.

După unii s'ar produce prin prezența moli hidrotiforme sau a chorio-epiteliomului și n'ar fi decât o endometrioză ovariană, regresând la ovarul moli sau după extirparea corio-epiteliomului.

Dintre tumorile adevărate cele mai frecvente sunt:

### Chist-adenomul ovarian.

Este o tumoră de natură epitelială ajungând uneori la dimensiuni enorme și întâlnindu-se în 2/3 a cazurilor din totalul tumorilor ovariene.

Se formează din proliferație epiteliului glandular în afară, când avem chistadenomul glandular sau în spre inferior când avem chistadenomul papilar.

Ca sediu poate fi în corticală, la nivelul hilului sau în interiorul ovarului. Poate fi unilocular

sau multilocular. Chistadenomul pseudomuroid este de obicei unilateral și multilocular cu un conținut pseudomuroid. Prin dimensiunile enorme poate duce la cașecsie. Vindecarea prin extirpare in 98 % este definitivă.

Chistadenomul seros este de dimensiuni mai mici, evoluează mai lent și frecvent bilateral / 60 % /. Situat mai ales la suprafața ovarului și intraligamentar, poate da metastaze peritoneale.

Conținutul este clar in interiorul său prezentând proliferațiuni papilare.

Tratamentul chirurgical radical este necesar pentru a evita recidivele și malignizarea.

Mai rar putem întâlni fibromul ovarului.

Chistul dermoid / teratomul adult /.

Este o tumoră frecvent întâlnită la nivelul ovarului reprezentând 10 % din totalitatea tumorilor ovariene.

Este de volum variat, pediculat cu conținut de țesuturi din o singură foiță embrionară, chistul simplu sau monodermal sau din mai multe foițe embrionare con-

chistul dermoid complex.

Este format din un inveliş şi la exterior este neted, format fiind din straturi epidermice iar pe suprafaţa interioară prezentând numeroase neregularităţi. Cavitataea este plină cu o masă gălbuie grăsoasă sau uleioasă în care găsim ghemuri de păr, dinţi, bucăţi de oase etc. În chistul complex la microscop putem evidenţia ţesuturi şi chiar bucăţi de organe: intestin, cartilaje, mameli etc.

Patogeneza lui se explică prin înmulţirea unor celule derivate din foiţele embrionare care-şi păstrează potenţialul de reproducere. Aceste celule pot deriva din rămăşiţele organelor embrionare: can. Müller şi Wolf, Mezo- şi metanefros sau prin desfacerea unor celule din planul de organizare embrionară - diagenie sau prin greşeli de dezvoltare embrionară - disembrioplazie şi în fine din celule rătăcite.

Evoluţia este lentă şi în spre cavitatea abdominală ducând la pediculizarea lui.

Simptomatologia tumorilor ovariene în general este acciag. Semnele apar numai când tumorile iau un

un anumit volum ducând la turburări în funcțiunea organelor vecine. Funcțiunea organelor în general este mai puțin influențată. Ele se manifestă prin modificări în volumul abdomenului care la palpăție în general ne dau senzație de fluctuență iar la percucie matitatea caracteristică cu concavitatea în jos.

Durerea în general apare când turtoarea comprimă organele vecine și mai ales când e situată în micul basin.

Diagnosticul diferențial se face față de carcinom extraterin, ascită, tumoră renală etc.

Tratamentul este chirurgical, extirpând chiețul pe cale abdominală.

## C O N C L U Z I I .

1.- Tumorile benigne cele mai frecvente în Gynecologie sunt: fibromul uterin și chistadenomul ovarian.

2.-Metoda de elecție în tratamentul fibromului uterin este tratamentul chirurgical reprezentând 2/3 din totalitatea cazurilor.

3.- Tratamentul fizic care reprezintă 1/3 din totalitatea cazurilor se indică în formele mai limitate și în cazuri de contraindicație operatorie.

4.- În fibrom și sarcină în caz când miomectomia nu se poate exercita și surveni complicațiuni, intervențiunea ce se execută este histerectomia în bloc, numită și profilactică / Daniel /.

5.- Procedeeul chirurgical radical cel mai indicat în fibromul uterin este histerectomia totală.

6.- În chistele ovariene, tratamentul sigur eficace este extirparea pe cale operatorie.-

Văzută și bună de imprimat.

DECANUL FACULTATII : și PRESEDINTELE TEZEI :

DE/ s.s./Prof.Dr. V. Papiliu

/s.s./Prof.Dr.Cr.Grigoriu



B I B L I O G R A F I E .

- Dr. Ml. Buturianu : Fibrom și sarcină /Revista  
Medico-Chirurgicală Iași 1926
- Emil Fergue-Massabuau: Gynecologie.
- I.L. Faure-Siredey : Traité de Gynecologie medic-  
chirurgical 1923.
- Prof. Dr. Grigoriu Cr. și  
Docent Dr. Popoviciu Traian: Considerațiuni asupra  
tratamentului fibromului  
uterin / extras din Clujul  
Medical No. 8-August 1932.
- Dr. Popoviciu Traian : Elemente de Gynecologie,  
Cluj, 1939.
- Popoviciu M. Stofania : Indicațiile tratamentului  
fibromului uterin, teză,  
București 1926.
- Rosendorfski Robert : Fibrom și sarcină, teză, Iași  
, 1932
- C. Roussy, Roger Leroux-  
Ch. Oberling : Précis d'anatomie pathologique  
Collection de Précis  
medicaux. Masson et Editeurs  
Paris 1933.
- Titu Vasiliu : Anatomie patologică clinică,  
Cluj 1940.
- H. Violet : Diagnostique et traitement  
dans les fibromiomes uterines  
accompagné de grossesses  
/Rev. Gyn. et Obst. No. 20 1925.